UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 - N° 100

LA MALADIE DE KAPOSI dans la RACE NOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 Juillet 1954

PAR

Christian DELFOUR

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale
né le 29 septembre 1928, à ESPERAZA (Aude)

Examinateurs de la Thèse

MM. BONNIN, Professeur, Président.
JOULIA, Professeur.
PIECHAUD, Professeur.
MORETTI, Agrégé.

Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
183, Cours de la Marne

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543913_0105

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1954 - N° 100

LA MALADIE DE KAPOSI dans la RACE NOIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 26 Juillet 1954

PAR

Christian DELFOUR

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales
Diplômé de Médecine Tropicale
né le 29 septembre 1928, à ESPERAZA (Aude)

Examinateurs de la Thèse — MM. BONNIN, Professeur, Président.
JOULIA, Professeur.
PIECHAUD, Professeur.
MORETTI, Agrégé.
— Juges.

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
183, Cours de la Marne

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX / BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

BLANQUET (Physique pharmaceutique)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MAHON (Obstétrique) ; PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LEGER
Anatomie	RIGAUD

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER / QUILICHINI
Pharmacie (3e section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ : R. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN / LENG-LEVY / MORETTI / LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER / CHAVANNAZ / VILLAR / TINGAUD / DEPAULIS

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE / FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER / PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Obstétrique sociale	MAHON
Physiologie	BENELLI

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

Que ce modeste travail soit pour eux le témoignage de ma grande affection, et de ma reconnaissance en égard à tout ce que je leur dois.

A MON FRERE

A MA FIANCEE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE ET COLONIALE

A CEUX DES EQUIPES DE RUGBY

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE ET COLONIALE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE 1re CLASSE TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique
Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE 1re CLASSE DE LA MARINE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL GEYER

Professeur à l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Spécialiste des Hôpitaux Maritimes

Qui nous a suggéré ce travail et qui nous a constamment aidé dans sa rédaction ne nous ménageant ni son temps ni ses encouragements.

Faible témoignage de notre gratitude et de notre respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR MORETTI

Agrégé de Médecine Générale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui nous a toujours accueilli avec bienveillance et n'a jamais cessé de nous prodiguer ses conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique
Croix de Guerre
Médaille des Epidémies
Officier de l'Instruction Publique
Fellow in the American College of the chest Physicians

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BONNIN

Professeur de Médecine Tropicale et Clinique
des Maladies Exotiques
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

PLAN

I. — Introduction.

II. — Observations.

1) Formes communes de la Maladie de Kaposi dans Race Noire.

2) Formes avec localisations extra-cutanées prédominantes.

III. — Clinique.

1) Les localisations cutanées de la Maladie de Kaposi.

2) Les localisations extra-cutanées.

IV. — Diagnostic différentiel.

V. — Anatomie pathologique.

VI. — Etiologie.

VII. — Traitement.

VIII. — Conclusions.

INTRODUCTION

La première observation de Maladie de Kaposi dans la Race Noire remonte, semble-t-il, à 1928, date à laquelle M. le Professeur Bonnin, Professeur de Médecine Tropicale à la Faculté de Bordeaux, porta le diagnostic de cette affection chez un marin antillais.

Cette observation a été transmise par MM. les Professeurs Petges et Joulia, Professeurs de Clinique Dermatologique, au Docteur A. Dupont, de Namur, qui en fait état dans son ouvrage sur la Maladie de Kaposi.

Depuis cette observation princeps, différents auteurs ont décrit de nombreux cas de Maladie de Kaposi, qu'ils ont observés dans toute l'Afrique Noire. C'est ainsi que Smith et Elmes, en 1934 ont étudié au Nigéria, l'affection qui nous occupe ; parmi 1.000 tumeurs malignes examinées, se trouvaient 24 tumeurs de Kaposi (2,4 %) ; celles-ci intéressaient toutes des sujets de sexe masculin et, mis à part deux exemples, étaient localisées au-dessous du genou. Chaboeuf, la même année, en observait deux cas au Cameroun. Hennesey, en 1942, parmi 477 tumeurs examinées histologiquement en Ouganda, trouvait 28 endothéliomes dont trois sarcomes de Kaposi.

En 1945, MM. Grall et Geyer en étudient deux cas à l'Hôpital Central Indigène de Dakar, qui d'ailleurs nous serviront de base pour notre travail, M. le Docteur Geyer ayant bien voulu nous communiquer intégralement l'original de ces obser-

vations. Par la suite, CLARCK, en 1948, en rapporte deux cas observés au Kénya, sur 50 tumeurs examinées, cependant que DAVIES et GELFAND en retrouvent un cas chacun en Ouganda à la même époque et que KAMINER et MURRAY en observent 35 cas en Afrique du Sud, au cours de l'année 1950.

Plus près de nous, DUPONT, en 1951, dans sa remarquable étude sur l'Angio-Réticulomatose Cutanée (Sarcomatose multiple idiopathique pigmentaire de Kaposi), nous fait part de 10 cas de cette maladie, relevés pour la plupart au Congo Belge. PELISSIER enfin, en 1953, étudie 18 cas de Maladie de Kaposi en Afrique Equatoriale et en tire des conclusions d'un incontestable intérêt sur lesquelles nous reviendrons par ailleurs.

La Maladie de Kaposi dans la Race Noire ne constitue donc pas une curiosité ; selon Mac LEAN cité par MONTPELLIER, 10 % des sarcomes observés chez les autochtones africains, seraient des tumeurs de Kaposi. Nous nous proposons dans cette étude, de dégager les principaux caractères de l'affection, pour conclure à sa fréquence et à la diversité de ses signes parmi les populations d'Outre-Mer.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons ci-dessous, deux observations qui nous ont été obligeamment communiquées par M. le Docteur GEYER, relatives à deux malades hospitalisés à l'Hôpital Indigène de Dakar, en 1945.

OBSERVATION N° 1

Damba S..., Toucouleur de 19 ans, né à Matam (Sénégal), entré à l'hôpital le 25 mai 1945 pour éruption nodulaire dermo-hypodermique. Maladie de Kaposi typique. Adénopathie volumineuse. Pas de retentissement sur l'état général.

Le malade fait remonter le début de son affection à deux mois environ. Ce début fut marqué par l'apparition d'un œdème diffus, dur, au niveau de sa main et son avant-bras droits, œdème accompagné d'une sensation pénible de distension et de picotements. Les mêmes phénomènes ne tardèrent pas à apparaître au niveau de la cuisse, du genou, de la jambe et du pied droits ; puis sur ces régions infiltrées apparurent des nodosités.

Ces nodosités, lorsque nous examinons le malade, sont excessivement nombreuses, de l'ordre d'une centaine ; certaines sont isolées, d'autres sont groupées en plaques mamelonnées. Elles sont indolores ; certaines font une saillie hémisphérique ou ovoïde, d'autres sont encastrées dans l'hypoderme et se sentent uniquement à la palpation. L'épiderme à leur niveau est lisse, tendu, impossible à plisser, sa coloration est normale ou d'un rouge cuivré. La consistance de ces nodules est variable, dure et élastique ou molle et dépressive. Quand on les pique, ils saignent abondamment ; de même leur exérèse s'accompagne d'un écoulement sanguin abondant ; ils ne récidivent pas à l'endroit de la biopsie ; d'ailleurs certains se sont résorbés spontanément. Ils n'ont aucune tendance à l'ulcération. Ils envahissent les quatre membres, mais sont surtout nombreux à l'avant-bras, à la main, au genou

Nombreux nodules disséminés, en particulier au niveau du genou.
Métastases inguinales.

et au pied du côté droit. Ces régions sont d'ailleurs largement infiltrées d'un œdème dur, luisant, violacé, chaud, ne gardant pas le godet ; les doigts de la main droite en particulier sont fortement boudinés.

Il existe des adénopathies volumineuses ; au niveau de l'aîne droite par exemple on aperçoit deux ganglions du volume d'un œuf de poule.

Dans les antécédents du malade on relève un chancre syphilitique contracté deux ans auparavant. Le BW et le Kahn sont fortement positifs. Le Vernes péréthynol est à 53, le Vernes résorcine à 17. Notons également que le grand-père du malade est décédé de lèpre mutilante.

L'examen somatique ne met en évidence, en plus de l'éruption décrite, que des cordes coliques, témoins d'une amibiase ancienne. Le foie et la rate sont normaux. Le cœur et les poumons sont cliniquement et radioscopiquement normaux. Les urines ne contiennent aucun élément anormal. Une radiographie des os de la main et de l'avant-bras droits ne révèle aucune métastase.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

G. R. : 5.000.000

G. B. : 4.500

Hémogramme :

Poly neutro	24 %
Poly éosino	18 %
Lymphocytes	40 %
Monocytes	18 %

Myélogramme :

Promyélocytes	1 %
Myélocytes neutro	5 %
Myélocytes éosino	2 %
Polynucléaires neutro	31 %
Polynucléaires éosino	11 %
Lymphocytes	15 %
Plasmocytes	2 %
Monocytes	21 %
Proérythroblastes	1 %
Erythroblastes basophiles	3 %
Erythroblastes polychromatophiles	8 %

Index rouge congo : 76 %.

La bilirubinémie directe et indirecte est inférieure à 2 mmgr.

OBSERVATION N° 2

M'Baye W..., 62 ans, originaire du cercle de Baol (Sénégal), bijoutier à Dakar, entre à l'Hôpital Indigène le 26 juin 1945, pour éruption nodulaire. Maladie de Kaposi avec lésions cutanées prédominant sur l'hémithorax. Adénopathies multiples. Pas de retentissement sur l'état général.

Le début de cette affection remonte à 5 mois. Les nodosités apparurent en plusieurs poussées sur l'hémithorax gauche et sur le membre supérieur et inférieur gauches, qui déjà depuis quelques semaines étaient le siège d'un œdème dur, chaud et légèrement douloureux.

Actuellement, ces nodosités ont la taille d'un petit pois ou d'un haricot, siègent dans le derme ou l'hypoderme. Elles sont indolores, très vascularisées. Au niveau de l'hémithorax, elles semblent suivre le trajet des nerfs intercostaux, s'arrêtant au niveau du sternum et des apophyses épineuses ; sur les membres, leur disposition est longitudinale.

Dans l'aisselle gauche, on découvre de gros ganglions de la taille d'une noix, ganglions fermes et indolores ; des cordons d'apparence lymphangitiques les relient aux nodosités de l'hémithorax.

L'examen des divers organes n'offre rien d'anormal. La radiocopie pulmonaire en particulier ne montre aucune image ganglionnaire médiastinale. Le foie et la rate sont normaux. Il n'existe pas de signes d'anémie. La formule leucocytaire est la suivante :

Poly neutro	67 %
Poly éosino	1 %
Poly baso	1 %
Lymphocytes	23 %
Monocytes	8 %

Myélogramme :

Promyélocytes	2 %
Myélocytes neutro	3 %
Métamyélocytes neutro	3 %
Métamyélocytes éosino	1 %
Polynucléaires neutro	46 %
Polynucléaires éosino	1 %
Polynucléaires baso	1 %
Lymphocytes	19 %
Plasmocytes	2 %
Monocytes	7 %
Erythroblastes basophiles	1 %
Erythroblastes polychromatophiles	14 %
Mégacaryocytes	+

2 mitroses pour 100 éléments nuclées.

Localisation des nodules à l'hémithorax et au membre supérieur gauche

La bilirubinémie directe et indirecte est inférieure à 2 mmgr. L'épreuve du rouge congo montre après une heure une rétention de 71,5 %. Les urines n'ont rien de pathologique. L'azotémie est de 0 gr. 40.

Nous avons emprunté les deux observations qui suivent à MM. Dupont, Chaboeuf et Van Breuseghem, qui les ont rapportées à la Société Belge de Dermatologie en 1948. Il s'agit de deux cas de Maladie de Kaposi étudiés au Cameroun quelques années auparavant, concernant l'un un homme d'une trentaine d'années, l'autre une femme de 45 ans.

OBSERVATION N° 3

Homme d'une trentaine d'années originaire du village de Bikoué, région de Yaoundé, entré à l'hôpital d'Ayos (Cameroun) le 11 octobre 1937, avec le diagnostic de gommes syphilitiques du pied gauche. Evolution vers fistulisation et ulcération. Récidives fréquentes. Pas de retentissement sur l'état général.

Le malade raconte l'histoire suivante : Un an auparavant il a remarqué à la face interne de la cuisse gauche, au niveau du condyle fémoral, une petite tuméfaction indolore, grosse comme une noisette, dure, mobile sur les plans profonds. Trois mois plus tard le pied gauche enfla en masse et demeura dans cet état durant un mois. Sur la face dorsale, à hauteur du métatarse, apparut alors une tumeur identique à celle de la cuisse. Quatre mois après, une nouvelle lésion du même type se développa à la face interne du même pied derrière la malléole.

La tumeur de la cuisse évolua vers le ramollissement et la fluctuation. Infectée secondairement, elle se transforma en une ulcération sanieuse, à fond bourgeonnant, et recouvert de croûtes jaunâtres. Un nodule voisin apparu entre temps, et la tumeur rétro-malléolaire, présentèrent une évolution analogue. C'est ce qui décida le malade à se faire traiter.

En octobre, il vint à Ayos où fut institué un traitement anti-syphilitique à base de mercure et d'iodure de potassium. Non seulement ces divers traitements dictés par le diagnostic de gommes syphilitiques fistulisées et surinfectées n'amena aucune amélioration, mais durant ce temps, de nouvelles nodosités se développèrent sur la jambe gauche. L'examen du malade permet de faire les constatations suivantes : Il existe deux tumeurs ulcérées du pied gauche et une demi-douzaine de nodules indolores, fermes, mobiles sur les plans profonds, disséminés sur toute l'étendue de la jambe gauche. Dans

la région inguinale du même côté, on palpe un gros ganglion entouré de ganglions plus petits.

Le reste de l'examen est totalement négatif.

En mai 1938 on compte sur le dos du pied six nouveaux nodules légèrement douloureux à la pression. La jambe est maigre et parcourue par des veines très saillantes ; elle présente une série de nodules identiques à ceux du pied. L'adénopathie inguinale a complètement disparu, et l'état général est excellent.

OBSERVATION N° 4

Femme d'environ 45 ans, de race mukuau. Nodules généralisés aux extrémités des quatre membres. Atteinte des phalanges des doigts. Tumeurs localisées dans la bouche. Mauvais état général. Perdue de vue après son départ de l'hôpital.

Au cours d'un séjour hospitalier de près d'un an, elle est vue par de nombreux médecins qui envisagent des diagnostics variés : plan, verruga péruvienne, neuro-fibromatose de Recklinghausen, etc. Elle a toujours été apyrétique sauf deux courtes poussées de fièvre légère de nature malarique qui ont cédé rapidement à la quinine.

Deux examens de sang ont donné les résultats suivants :

	13-3-1946	17-5-46
Glob. rouges	3.099.000	4.160.000
Glob. blancs	12.000	17.000
Formule :		
Poly. neutro	57	65
Poly. éosino	0	2
Poly. baso	1	1
Poly. lymphocytes	36	31
Grands monos	6	1

L'état général est précaire.

Lorsque l'un de nous a examiné cette malade, il a relevé les lésions suivantes :

1) Aux quatre membres (principalement sur les pieds), à la base du cou, sur le tronc au-dessous de l'omoplate gauche existent des nodules plus ou moins hémisphériques enchâssés dans le derme, du volume d'une fève en moyenne. Ils sont de consistance ferme et n'adhèrent pas aux plans profonds.

Un nodule du mollet droit est nettement pédiculé et paraît en quelque sorte s'énucléer.

2) La face palmaire de la main droite et la face plantaire du pied gauche présentent des formations verruqueuses en forme de cornes dont la base mesure de un demi-centimètre à un centimètre et demi de diamètre.

Au pied droit on voit en lieu et place de formations semblables qui ont été curettées, une vaste ulcération superficielle, irrégulière, dégageant une odeur fétide.

3) La première phalange des troisième, quatrième et cinquième doigts de la main droite et du deuxième doigt de la main gauche est tuméfiée. Les troisième, quatrième et cinquième doigts de la main droite et le cinquième de la main gauche sont légèrement rétractés vers la paume de la main.

4) Sur la face externe du bras droit on note une quarantaine de cicatrices planes et lisses, légèrement hyperpigmentées, de 1 cm. 1/2 de diamètre, qui seraient le résidu de nodules cutanés résobés (?).

Il existe une adénopathie inguinale.

5) Dans la bouche le long des piliers du voile du palais, se sont développées des tumeurs charnues, de forme irrégulière, recouvertes de papilles blanchâtres.

Ces formations rétrécissent considérablement l'entrée du pharynx.

Du point de vue général, la malade paraît fort mal en point. Elle présente une anémie grave (globules rouges : 1.946.000).

La malade ayant quitté l'hôpital, nous ne sommes pas fixé sur la suite de son histoire.

En 1951 le Docteur DUPONT, chef du Centre dermato-vénérologique de l'hôpital militaire de Namur, ajoute à ces deux observations, une dizaine d'autres étudiées pour la plupart au Congo Belge. Elles intéressent des sujets de 20 à 40 ans, tous de sexe masculin, et ne présentent aucune particularité notable, si ce n'est celle que nous résumons dans les lignes qui suivent :

OBSERVATION N° 5

Homme mongelima, 25 ans. Lésions de la plante des deux pieds d'abord considérées comme pianiques et traitées par l'arséno-benzol et le bismuth. Localisation osseuse importante avec Spina ventosa. Pas de retentissement sur l'état général.

Les lésions principales se présentent d'abord comme un épaississement diffus dans lequel sont logées quatre tumeurs offrant grossièrement l'apparence de verrues plantaires. En bordure des placards, on note deux ou trois petites tumeurs rougeâtres, sessiles, de la grosseur d'un grain de riz. Après quatre mois, les tumeurs ont pris une allure végétante et ont l'aspect d'un chou-fleur. Elles sont friables et abandonnent des fragments quand on essaye de les décaper. Au cours d'une observation poursuivie durant un an, ces formations se sont aggrandies, tandis que de nouvelles tumeurs apparaissaient à la face interne des jambes, des genoux et des cuisses.

A côté des lésions cutanées se sont développées des lésions osseuses. La racine des troisième et quatrième doigts de la main droite et des troisième, quatrième et cinquième doigts de la main gauche est tuméfiée. La première phalange est élargie principalement à son extrémité proximale. l'aspect est celui d'une spina ventosa.

L'état du malade a toujours été excellent.

L'examen du sang révèle un peu d'anémie, une leucocytose légère (9.600 globules blancs) avec éosinophilie (22 %) et lymphocytose (37 %).

En 1953, Aimé Pelissier publie dans le Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, un article relatif à la Maladie de Kaposi en Afrique Noire à la suite de 18 observations faites au laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Pasteur de Brazzaville. Nous en avons retenu trois qui nous ont paru essentielles et que nous faisons suivre :

OBSERVATION N° 6

Nan... Pey..., garçon, âgé de 9 ans. Au cours d'une cure de hernie inguinale un ganglion de la taille d'un gros haricot est prélevé à la base du cordon. On pense à une filariose lymphatique. En réalité métastase ganglionnaire de la Maladie de Kaposi.

Ce ganglion présente à la coupe dans les deux tiers de sa surface des lésions d'adénite subaiguë, avec congestion diffuse et réaction inflammatoire à macrophages, plasmocytes, et quelques polynucléaires éosinophiles. En même temps une réticulose des sinus évolue en certains points vers la sclérose.

A l'une des extrémités, on constate une zone d'aspect tout à fait différent, zone vaguement arrondie et nettement limitée par une réaction collagène d'encerclement. Cette formation est constituée par une prolifération histiocytaire en faisceaux tourbillonnants avec nombreuses mitoses. Les capil-

laires sont nombreux, de type embryonnaire à noyaux turgescents. Les coupes en série font apparaître une disposition beaucoup plus angiomateuse avec lacs sanguins.

On porte le diagnostic de métastase ganglionnaire de la Maladie de Kaposi, ce que confirme BABLET à l'Institut Pasteur de Paris. On recherche alors s'il n'existe pas de nodules cutanés au niveau des jambes mais le malade n'en présente pas. On note cependant de nombreuses plaques dépigmentées aux membres inférieurs, à disposition sensiblement symétrique, et entourées d'une zone hyperpigmentée. Une biopsie est pratiquée au niveau d'une tache siégeant au genou. Elle montre au niveau de la zone centrale dépigmentée, une hypéracanthose et une hyperkératose de l'épithélium malpighien. Sur le pourtour de cette zone, le derme est envahi d'histiocytes, bourrés de pigments mélaniques. On note de plus, une discrète prolifération histiocytaire et capillaire, mais il n'y a pas de lésions scléreuses qui pourraient faire penser à des reliquats cicatriciels de nodules antérieurs. Peut-on voir dans ces minimes lésions un début de localistions cutanées ? C'est possible.

OBSERVATION N° 7

N'Do... Al..., homme, âgé de 35 ans environ, venu de brousse et atteint de subocclusion du grêle. Intervention chirurgicale et extirpation d'une tumeur de la paroi. A l'examen anatomopathologique : Sarcome Kaposien. Perdu de vue après départ de l'hôpital.

L'intervention chirurgicale confirme une tumeur de l'iléon qui est réséquée. Suites opératoires normales. Le malade ne présentait pas de lésions cutanées et n'a jamais été revu depuis cette période.

La pièce opératoire montre une tumeur de la paroi, assez diffuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon et ayant entraîné une invagination partielle.

L'examen microscopique montre une néoformation diffuse située dans la sous-séreuse et dans la sous-muqueuse, avec traversée de la musculeuse en fusée. On note des zones histiocytaires et des zones d'angio-réticulome assez importantes. Tous les éléments pour le diagnostic de la Maladie de Kaposi sont présents dans ces lésions, et il paraît difficile de ne pas considérer ce cas comme une atteinte purement viscérale, du moins pour l'instant, de la maladie.

OBSERVATION N° 8

Okd... An..., homme, âgé de 40 ans. Présence de nodules cutanés sur la jambe et le pied gauches. Localisation osseuse importante avec Spina ventosa. Pas de retentissement sur l'état général par ailleurs.

Ce dernier présente de plus un œdème douloureux de toute la région tarsienne et manifestement une atteinte osseuse importante sans phénomènes inflammatoires aigus : Ni rougeur, ni chaleur.

A la palpation les tissus sont mous et très douloureux et l'aspect général fait penser à une ostéo-arthrite tuberculeuse. Par ailleurs l'état général est bon et les poumons sont normaux.

L'examen radiologique donne les résultats suivants :

Pied gauche : Ostéolyse presque complète du premier métatarsien dont ne subsistent plus que la tête, quelques travées osseuses irrégulières et, sur la face externe, une mince coque osseuse montrant que cette ostéolyse a accompagné un processus tumoral. On remarque par ailleurs une forte ostéoporose du squelette du pied avec pincement ou disparition des interlignes tarsien et tibio-tarsien. En résumé : Ostéo-arthrite diffuse avec spina ventosa du premier métatarsien.

Pied droit : Décalcification du squelette du pied avec net pincement de la tibio-tarsienne et travées osseuses hypercondensées, groupées en faisceaux à la partie postéro-supérieure du calcanéum.

Une biopsie d'un nodule cutané montre l'image typique de la Maladie de Kaposi avec une accentuation des phénomènes réactionnels et début de sclérose diffuse.

Le continent Africain n'est cependant pas l'unique réservoir de la Maladie de Kaposi dans la Race Noire, CAMAIN, dans la Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie, nous fait part d'un cas de cette maladie en Guyane Française, observation que nous avons condensée ci-après :

OBSERVATION N° 9

M. X..., âgé de 72 ans, est amené par son médecin traitant le 4 avril 1948. Le malade, un créole clair, a exercé jusqu'à l'an dernier une profession sédentaire. On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents. Maladie de Kaposi type. Pas de retentissement sur l'état général.

Il y a environ un an, X... a remarqué l'apparition d'une zone inflammatoire prurigineuse, au niveau du pli de flexion du cou de pied droit. La peau s'est par la suite fendillée, a suinté, et progressivement des nodosités de la taille d'un pois à une noisette ont bourgeonné à ce niveau.

Depuis huit mois, de nouvelles nodosités de même taille se sont successivement dessinées sur le bord externe du pied droit en même temps qu'un grand placard violacé à la face interne du cou de pied gauche ; enfin dans les derniers mois venaient se surajouter sur les deux jambes des petits placards de un à deux centimètres de diamètre, ressemblant à des écchymoses,

et, dans le creux poplité droit, deux nodules de la taille d'une noisette. Depuis deux mois les deux jambes sont gonflées douloureuses, et le malade garde le lit. A l'examen local, on retrouve tous les éléments décrits plus haut :

a) Multiples nodules durs, confluents, recouverts d'un épiderme hyperkératosique au pli de flexion du cou de pied droit, dans le creux poplité droit, et sur le bord externe du même pied ; un des nodules est légèrement ulcéré.

b) Large placard d'allure ecchymotique à bordure brune occupant tout le 1/5 inférieur de la jambe gauche et la région malléolaire interne.

Les deux jambes sont le siège d'un œdème dur pseudo-lymphangitique douloureux à la pression.

On note une légère adénopathie inguinale droite.

L'état général du malade est bon. L'examen clinique ne révèle aucune autre lésion décelable.

On pratique une numération-formule.

Sang :

Globules rouges	3.100.000
Globules blancs	8.000
Taux d'hémoglobine	60 %

Formule Polynucléaires :

Neutrophiles	55
Eosinophiles	14
Grands monocytes	6
Moyens monocytes	10
Lymphocytes	15

CLINIQUE

I. — Les localisations cutanées de la Maladie de Kaposi.

L'étude clinique des neuf observations que nous avons envisagées, nous paraît pleine d'intérêt, et renferme, nous semble-t-il, l'essentiel des particularités de la la Maladie de Kaposi dans la Race Noire.

Les observations 1 et 2 en particulier, nous ont confirmé que dans la Race Noire comme dans la Race Blanche, ce sont les lésions cutanées qui sont les premières en date. Elles atteingnent de préférence et presque simultanément, les extrémités des quatre membres, évoluent par poussées successives, et tendent à devenir symétriques. Il s'agit de nodules plus ou moins saillants, dont la taille varie d'une tête d'épingle à une noisette ; ils sont durs ou mollasses, recouverts en général d'une peau lisse mais quelque fois verruqueuse. Précédés ou non par des hémorragies au lieu où se développera la tumeur, ils s'accompagnent le plus souvent de prurit, ne sont pas douloureux et sont peu sensibles à la pression, tout au moins au début. Leur évolution est lente et, bien que groupés en foyers éruptifs, ils ont peu de tendance à la confluence. Certains éléments peuvent régresser et disparaître spontanément, laissant à leur place une cicatrice pigmentée.

Les ganglions régionaux sont en général palpables, atteints le plus souvent d'une réaction inflammatoire chronique, mais pouvant montrer une véritable métastase.

L'éléphantiasis accompagne ces lésions. Il envahit tout un membre et entraîne une gêne fonctionnelle presque absolue. Il s'agit d'un œdème dur, scléreux, ne prenant pas le godet. A son contact la peau est sèche, ichtyosique, kératosique, fissurée ou papillomateuse. Sur cet éléphantiasis on retrouve des tumeurs de toutes sortes, suivant l'âge des lésions observées ; certaines sont en régression fibreuse, d'autres ont un aspect de raisins flétris, d'autres enfin se présentent sous la forme de cicatrices atrophiques.

A ce stade il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

Tous ces caractères ne diffèrent pas de ceux qui ont été signalés ailleurs que dans la Race Noire. Nous noterons seulement, dans notre observation n° 2 que le début s'est fait simultanément sur l'avant-bras et sur l'hémithorax gauches, ce qui constitue une légère variante des faits classiquement observés.

Donc premier point acquis, on retrouve chez le Noir atteint de Maladie de Kaposi, tous les caractères existant chez le Blanc. Ne trouve-t-on pas autre chose qui vient se surajouter ? C'est ce que nous allons essayer de rechercher maintenant.

Nous savons que chez le Blanc, les tumeurs apparues ne s'ulcèrent en général pas. Or, notre observation n° 3 nous a révélé la tendance qu'ont les nodules à s'ulcérer : « Ulcération sanieuse à fond bourgeonnant que vient compliquer une surinfection suivie de fistulisation ». C'est la raison pour laquelle nous avons cru devoir retenir cette observation de CHABOEUF comme nous avons retenu la suivante qui, elle, nous révèle la possibilité qu'ont les tumeurs de se pédiculiser. Pédiculisation qui ressemble même à une énucléation si nous en croyons l'observateur ; de plus, nous avons également noté dans cette observation n° 4, la tendance qu'ont les tumeurs à se couvrir de véritables cornes au niveau des extrémités ; elles prennent alors l'aspect de formations verruqueuses de 1 centimètre de diamètre qui après curetage se transforment en une vaste ulcération superficielle, irrégulière, dégageant une odeur fétide.

II. — Les localisations extra-cutanées de la Maladie de Kaposi.

Cependant tout ceci ne constitue pas le caractère majeur de la Maladie de Kaposi dans la Race Noire. On connait la fréquence des atteintes mésenchymateuses chez le Noir en général ; il est logique que les lésions viscérales se manifestent plus volontiers chez lui. Et c'est bien là l'essentiel qui se dégage des autres observations que nous avons rapportées. Si chez le Blanc l'atteinte viscérale a quelquefois été constatée, elle n'a jamais donné lieu à des troubles cliniques notables, permettant ainsi une évolution très longue de la maladie, abrégée parfois par une infection intercurrente, ce qui est aisé à admettre en égard à l'âge moyen de l'affection.

Chez le Noir, par contre, les localisations extra-cutanées de la Maladie de Kaposi sont chose courante : déjà notre observation n° 4 nous avait révélé l'existence de tumeurs charnues dans la bouche, de forme irrégulière et recouvertes de papilles blanchâtres, formations qui rétrécissaient considérablement l'entrée du pharynx.

Cette localisation digestive de la Maladie de Kaposi n'est pas la seule que nous ayons rencontrée ; dans notre observation n° 7 nous avons vu que l'examen anatomo-pathologique de la tumeur de l'intestin grêle montrait une néoformation présentant tous les caractères du sarcome de Kaposi, alors que le malade ne présentait aucune lésion cutanée.

Et les localisations digestives ne sont pas l'unique siège de la maladie en dehors de la peau : le squelette lui-même constitue parfois un terrain de prédilection pour l'affection ; à ce sujet l'observation n° 5 due à Dupont est significative : l'aspect de la première phalange des troisièmes et quatrièmes doigts de chaque main est celui d'une spina ventosa ; l'observation n° 8 empruntée à Pelissier ne l'est pas moins : la radio révèle une ostéolyse presque complète des métatarsiens dont il ne subsiste plus que la tête, et une forte ostéoporose du squelette du pied

Le radiologue conclut ainsi : ostéo-arthrite diffuse avec spina ventosa du premier métatarsien.

Là ne s'arrêtent pas les possibilités d'atteinte de l'affection en dehors de la sphère cutanée : c'est ainsi que dans l'observation n° 6 seul un ganglion inguinal prélevé au cours d'une cure de hernie signait une maladie de Kaposi, latente jusque-là, ce qu'un examen clinique orienté dans ce sens confirmait.

Donc pour nous résumer, nous constatons que dans la Race Noire les localisations extra-cutanées de la Maladie de Kaposi sont plus fréquentes que chez l'Européen, et qu'elles sont de plus très diverses.

L'observation n° 9 dont nous n'avons pas encore parlé dans cette synthèse, a le mérite de nous montrer l'extension prise par la Maladie de Kaposi dans la Race Noire puisque nous la retrouvons en Guyane. Elle se présente dans le cas étudié d'une manière classique, survenant chez un homme âgé, s'accompagnant d'une légère ulcération. Et l'intérêt de ce cas réside dans le fait qu'il semble être le premier constaté en Guyane Française et que sa confirmation histo-pathologique a permis dans un pays à forte endémie lépreuse où pian et leishmaniose cutanée sont également fréquents, d'éliminer le diagnostic d'une de ces trois affections.

Avant d'en terminer avec cette revue clinique de la Maladie de Kaposi dans la Race Noire, il nous paraît opportun de signaler ici l'intérêt qu'il y a, à pratiquer chez les malades suspectés de Maladie de Kaposi, une formule sanguine. Si celle-ci montre une lympho-monocytose accompagnée par une réaction des organes hématopoïetiques (polyadénopathie, splénomégalie) cela constituera, un élément d'appoint non négligeable pour porter le diagnostic de l'affection.

III. — Evolution

L'évolution de la maladie dans la Race Noire est difficile à préciser, la plupart des malades quittant l'hôpital avant leur guérison définitive pour n'y plus retourner. Il ne semble pas qu'elle doive différer de ce qui a été observé chez l'Européen, malgré la possibilité des localisations extra-cutanées sur lesquelles nous avons insisté. KAPOSI dans ses premiers écrits attribuait à l'affection une durée de deux à trois ans. Plus tard il l'estima à cinq ou six ans et finalement, à dix ou vingt ans. En fait, les malades peuvent vivre très longtemps après l'apparition des premiers symptômes ; c'est ainsi que KREN a observé un sujet qui vécût durant quarante-six ans après l'éclosion des premières lésions, ce qui semble constituer un cas unique. Jamais on n'a constaté la régression totale et définitive de la maladie. Par contre, la disparition de certaines lésions est un fait bien connu et démontré. On ne doit donc pas s'étonner si des sujets atteints d'une maladie à évolution aussi lente meurent fréquemment d'une affection intercurrente.

Il est pourtant certain que la Maladie de Kaposi peut entraîner la mort. Tantôt elle provoque une anémie progressive qui aboutit à la cachexie et au marasme ; tantôt une lésion prend une allure envahissante et se comporte comme un authentique cancer. Le moment où se manifeste cette altération de l'état général est des plus variables. Souvent elle se produit tardivement, mais on l'a constatée, exceptionnellement il est vrai après deux ans déjà.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les lésions cutanées de la Maladie de Kaposi doivent être différenciées des gommes syphilitiques, de la leishmaniose cutanée, du pian et surtout des nodules lépreux.

Ceci est d'autant plus difficile, que, d'une part, le nodule Kaposien peut être infecté ou ulcéré et ne plus se présenter sous sa forme typique, et que, d'autre part, chez le Noir, il est malaisé d'apprécier la teinte bleuâtre des lésions due au processus angiomateux.

Les lésions syphilitiques de la période tertiaire seront identifiées par la connaissance des antécédents et des autres localisations de la maladie, cependant qu'en cas de doute, le B-W et les réactions de floculation permettront de trancher le débat, compte tenu de la possibilité de coexistence des deux affections.

Le bouton d'Orient apparaît comme une ulcération recouverte d'une croûte blanc-jaunâtre, présentant à sa face profonde une série de prolongements filiformes ou massués, s'imbriquant dans l'interligne des bourgeons papillomateux. Au point de vue histologique, il s'agit d'un granulome constitué par des éléments macrophagiques parasités par les leishmanies, des cellules lymphocytaires et plasmocytaires.

Les lésions pianiques (pianides ou pianomes) se présentent sous un aspect maculo-papuleux ou papillomateux. Ces lésions, histologiquement, se traduisent par un épaississement acantho-

sique de l'épithéliun plus ou moins accusé, ou une papillomatose franche, et par des infiltrations de panvascularite constituées, soit de lymphocytes et d'histiocytes dans les pianides, soit de plasmocytes dans les pianomes.

Les lésions de la Maladie de Kaposi ont été fréquemment prises pour des lépromes et c'est sous cette étiquette que la plupart du temps les biopsies arrivent au laboratoire en vue de la confirmation histologique. Si la distinction peut être difficile au point de vue macroscopique, la lèpre est facilement éliminée par l'examen microscopique. Dans le léprome on reconnaît aisément en effet, les nappes de cellules lépromateuses de WIRCHOW, et il suffit de faire un Ziehl-Nielsen sur coupe pour mettre en évidence une véritable pullulation de bacilles hanseniens.

En définitive le diagnostic en cas de doute, est confirmé ou éliminé par l'examen anatomo-pathologique et c'est à cet examen qu'en pratique a toujours été reconnue la Maladie de Kaposi.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des pièces de biopsies pratiquées chez des Noirs atteints de Maladie de Kaposi, ne diffère pas de ce qui a été observé chez l'Européen. Rappelons brièvement l'image microscopique caractéristique de l'affection :

Trois processus interviennent dans la constitution des lésions et confèrent à la coupe un polymorphisme, tenant à la fois à l'âge des lésions, et à la zone examinée ;

le premier est un processus angiomateux réalisant soit une prolifération intense de capillaires sanguins et lymphatiques, soit des images de lacs sanguins et de lacunes intercellulaires ;

le deuxième est un processus sarcomateux réalisant soit le dispositif fasciculé du sarcome fibroblastique, soit l'aspect réticulaire du réticulosarcome, avec noyaux hyperchromiques et mitoses nombreuses, rarement atipyques.

le troisième est un processus inflammatoire et réactionnel réalisant des plages granulomateuses dans lesquelles on peut même trouver des cellules géantes.

Les nodules évolueraient ensuite vers la sclérose pouvant résulter d'une collagénisation directe du tissu tumoral ou bien pouvant provenir des zones inflammatoires elles-mêmes.

Tout ceci a été retrouvé dans l'étude effectuée par M. le Docteur GEYER, à propos des tumeurs cutanées du malade de notre première observation. Voici quel était le compte rendu anatomo-pathologique :

Tumeur dermique

Formation nodulaire encapsulée par une coque fibreuse. Structure en faisceaux denses, entrecroisés, formés de cellules fusiformes du type fibroblastique, à noyau ovalaire et à cytoplasme fibrillaire. Légère production, irrégulièrement répartie, de collagène intercellulaire. Il existe de l'inégalité et des atypies nucléaires. Les mitoses, typiques et atypiques, sont fréquentes. Vaisseaux lacunaires, creusés à même le tissu néoplasique dont les cellules les bordent directement avec parfois tendance à se différencier en une paroi endothéliale. D'autres vaisseaux possèdent une paroi propre.

Zone sarcomateuse composée de cellules fusiformes avec nombreuses figures de mitose.

Cet aspect serait, en définitive, celui d'un sarcome fuso-cellulaire sans la limitation nette du nodule par une capsule fibreuse et sans la présence de territoire hémangiomateux ou lymphangiomateux.

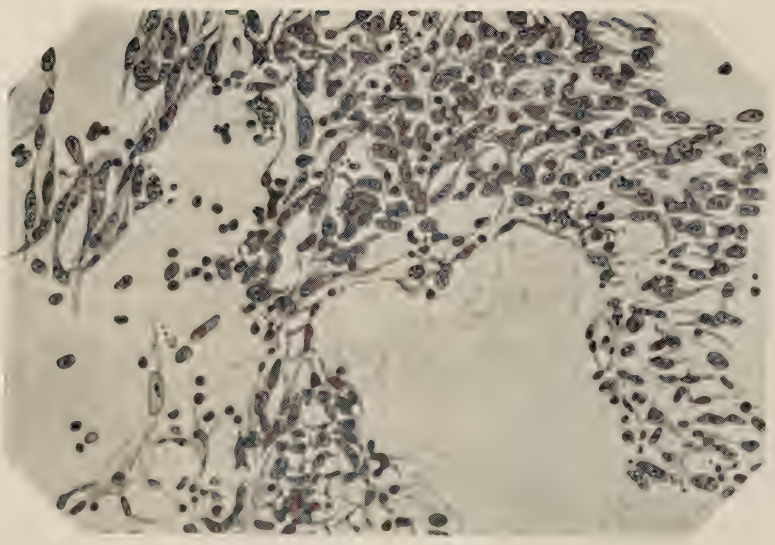
Les capillaires sanguins, de calibre variable, ont une paroi propre, endothéliforme ou non. Dans leur voisinage, les faisceaux cellulaires se creusent souvent d'orifices fissuraires autour desquels les cellules néoplasiques s'ordonnent en une couche endothéliforme, ou bien, les globules rouges infiltrent les interstices des cellules qui s'écartent et se disposent en bague, dessinnant des mailles spongieuses.

Par endroits, la structure du tissu tumoral devient lâche, réticulée, à cellules fixes rameuses, avec néoformation de lymphatiques limités par plusieurs couches de cellules fusiformes ou par une ébauche de paroi endothéliforme. A ce niveau, on voit des cellules fixes se mobiliser et devenir monocytoïdes. Il en est qui desquament dans la lumière des néo-vaisseaux lymphatiques. Celle-ci est en général large et renferme de la sérosité où nagent des lymphocytes.

On assiste donc, dans la tumeur, à la transformation d'éléments fusiformes ou rameux en cellules monocytoïdes, processus nettement visible dans les zones lymphangiomateuses. Il existe également de la pigmentophagie se traduisant, dans les territoires hémangiomateux, par des éléments rameux surchargés de pigment sanguin.

Dans la région périphérique du nodule, la végétation sarcomateuse respecte quelques ilôts formés de cavités vasculaires limitées par un endothélium aplati et séparées par des travées conjonctives fibreuses. Ces ilôts semblent être les vestiges d'une prolifération angiomateuse initiale qui a passé secondairement à la forme sarcomateuse. Ce nouveau processus les refoule à la périphérie où ils figurent, en quelque sorte, des pédicules vasculaires.

La capsule est le résultat du tassement du tissu fibro-conjonctif du derme ; l'orcéine y met en évidence des fibres élastiques à orientation circulaire. Elle s'épaissit progressivement par sa face interne grâce à un apport tumoral. La multiplication active des cellules fusiformes, soulignée par les nombreuses mitoses, refoule



Zone hémangiomateuse avec papillomatose

Persistance de capillaires angiomateux au sein d'un nodule en voie de collagénisation.

au fur et à mesure les éléments périphériques : cellules et vaisseaux s'aplatissent, s'atrophient et se sclérosent. Il est possible que la capsule devienne ainsi épaisse ; la nodule s'isole, perd ses connexions vasculaires et devient une sorte de kyste voué aux lésions régressives. On peut concevoir de cette façon la régression spontanée de certains nodules, constatée au cours de l'évolution clinique de la maladie.

On note par ailleurs de l'ectasie des capillaires du derme avoisinant et une légère réaction lympho-plasmocytaire autour d'eux.

Nodule hypodermique

Il présente dans l'ensemble les mêmes caractères histologiques que la formation du derme : très cellulaire au centre, avec aspect sarcomateux ; ilôts de capillaires adultes à la périphérie. Abondante néoformation de capillaires sanguins dans le tissu cellulo-adipeux péritumoral.

Ganglion inguinal

Ganglion fortement hypertrophié par plusieurs noyaux métastatiques dont l'un est trois à quatre fois plus volumineux que la tumeur dermique prélevée. Ces noyaux sont individualisés par la formation d'une capsule propre. Par endroits, celle-ci se confond avec la capsule du ganglion, ou bien elle en est séparée par une étroite bande de tissu lymphoïde refoulé. Ailleurs il persiste encore des plages plus larges de tissu ganglionnaire infiltré de plasmocytes et montrant des sinus à dilatations, ampullaires, encombrés de cellules réticulo-endothéliales réactionnelles. Parmi ces dernières, on rencontre quelquefois des capillaires isolés en voie de néoformation et à cellules foncées vraisemblablement tumorales. Aux abords de la métastase, ce tissu lymphoïde se raréfie et ne figure plus que sous forme d'ilôts dans un tissu réticulé lâche où se logent de nombreux orifices capillaires à lumière ectasiée, constituant une circulation collatérale au système vasculaire complexe des noyaux.

La structure des formations métastatiques ne diffère pas de celle des tumeurs de la peau. On leur trouve parfois un pédicule vasculaire se traduisant par une zone angiomateuse à travées pariétales fibreuses, située à leur périphérie et qui fait corps avec la capsule.

La prolifération cellulaire marche de pair avec la néoromation vasculaire et il est impossible de dire que l'une précède l'autre. La première devient cependant largement prédominante.

Ici apparaît un processus, nouveau, de collagénisation intéressant des territoires néoplasiques plus ou moins étendus. Les cellules se raréfient, sont espacées, séparées par des travées de fibrilles collagènes, qui finissent par se fusionner en une masse unique évoluant vers la fibrose hyaline, acellulaire, avec parfois des petits foyers imprégnés de sels calcaires. Ailleurs, il persiste des capillaires angiomateux au sein du tissu hyalin, donnant lieu à une architecture endothéliforme. Ou encore, le tissu est dissocié par des infiltrations sanguines ou creusé çà et là de fentes vasculaires irrégulières.

En définitive, on peut dire que l'image histologique varie suivant le stade observé. Dans les nodules jeunes, on constate une néoformation vasculaire et une prolifération cellulaire qui est nettement prépondérante. A ce processus s'associe peu à peu une prolifération conjonctive à fibrilles collagènes, écartant les cellules devenues fibrocytes et évoluant, par raréfaction et disparition de ces dernières, vers la fibrose hyaline ou, parfois, calcaire. A ce point de vue, le nodule de Kaposi rappelle la collagénisation du nodule gliomateux de Recklinghausen.

Ceci réalise l'image histologique caractéristique de la Maladie de Kaposi aussi bien chez le Noir que chez le Blanc ; nous ne nous y attarderons pas davantage. Cependant comme l'a noté Civatte, il est regrettable que les cas les plus hautement métastatiques, ceux qui notamment se compliquent de déterminations osseuses ou digestives n'aient pas fait l'objet d'une étude histo-

logique aussi détaillée que l'est celle des localisations cutanées. Ceci aurait peut-être permis de déterminer, si les localisations extra-cutanées de la maladie, sont primitives ou d'origine métastatique, la tumeur cutanée originale dans ce cas ayant pu passer inaperçue.

Nous passerons sous silence la pathogénie de l'affection, son étude dans la Race Noire n'apportant rien de nouveau qui permette de la classer dans une des nombreuses rubriques proposées par les différents auteurs qui se sont attachés à son étude.

ETIOLOGIE

Au point de vue étiologique, il paraît évident que dans la Race Noire, la Maladie de Kaposi débute à un âge moins avancé que chez le Blanc. Alors que chez celui-ci l'âge moyen de l'affection se situe aux environs de 60 à 70 ans selon DORFELL, il est de 30 à 40 chez le Noir, ceci étant unanimement retrouvé dans les travaux de GRALL et GEYER, DUPONT et PELISSIER. Ce dernier en a même observé un cas chez un enfant de 9 ans. Comme il l'a noté, ce fait s'inscrit dans les constatations générales faites chez le Noir au sujet du cancer. Les tumeurs malignes apparaissent beaucoup plus tôt chez le Noir et « ces constatations s'expliquent en partie par la brièveté de la vie sous les tropiques » (J. BABLET).

L'influence du sexe paraît également prépondérante. Comme en Europe, la Maladie de Kaposi frappe électivement le sexe masculin. En 1899 KAPOSI signalait déjà que sur 25 malades étudiés il n'y avait aucune femme ; DORFELL plus tard relevait 31 cas féminins sur un total de 356 soit 8 % et KREN en trouvait 40 sur 500 soit 8 % également. Une femme figure parmi les neuf observations que nous avons étudiées ; la proportion est donc sensiblement la même.

Nous n'avons pas retrouvé par contre dans notre étude, l'origine héréditaire de la maladie illustrée en Italie par les observations de MARTINOTTI, ni l'influence de la profession ou des traumastismes mis en évidence par DORFELL.

Ces considérations étiologiques étant notées remarquons maintenant et c'est là l'essentiel de l'étiologie, la fréquence plus grande de l'affection dans la Race Noire que dans la Race Blanche. Fréquence supérieure par rapport aux examens biopsiques en général, et fréquence supérieure par rapport aux tumeurs malignes diagnostiquées, sarcomes en particulier.

Souvenons-nous des statistiques de ELMES (2,4 % des tumeurs malignes examinées) de HENNESSEY (3 sarcomes de Kaposi sur 28 endotheliomes), de CLARCK (2 tumeurs de Kaposi sur 50 tumeurs examinées), de PELISSIER, enfin, qui trouve que 5 % des tumeurs malignes examinées sont des tumeurs de Kaposi et que 17 % des sarcomes soumis à une étude anatomo-pathologique sont des sarcomes de Kaposi.

Cette fréquence de la maladie plus grande chez l'Africain que chez l'Européen est conforme aux conclusions de J.-M. MONTPELLIER qui a insisté sur le problème, et montré que la proportion des sarcomes suit une progression ascendante, au fur et à mesure que l'on considère l'Européen du Nord, l'Européen du Sud, l'Africain de l'Afrique du Nord et l'Africain de l'Afrique Noire.

TRAITEMENT

Le traitement de la Maladie de Kaposi est le plus souvent inefficace. Diverses thérapeutiques ont été proposées aussi décevantes les unes que les autres. L'exérèse chirurgicale des tumeurs constituées est suivie de récidive à bref délai. Il en est de même de la roentgenthérapie qui constituerait pourtant la meilleure méthode pour MACKEE et CIPOLARRO, à condition d'employer des doses élevées et de réserver ce traitement aux malades âgés, ce qui nous paraît très difficile à réaliser dans la Race Noire.

La radiothérapie semblerait cependant active sur les lésions multiples si on l'utilise au début, avant que les tumeurs n'aient pris un type végétant ; mais on doit redouter dans ce cas des accidents thrombosiques, facteurs de nécrose et de gangrène. On peut lui associer l'action de l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude, de novarsénobenzol.

L'excision précoce serait le meilleur traitement des formes limitées ; selon Mac CARTHY et PACK sur 7 malades guéris avec un recul de plus de 5 ans, cinq avaient subi une intervention précoce.

Dans un article récent, W. H. WITTEN expose les résultats de la pénicillothérapie dans 6 cas de sarcome de Kaposi. Après 12 millions d'unités de pénicilline procaïne, aucun résultat valable ne fut observé chez des malades suivis ensuite durant deux mois. Ces résultats négatifs s'opposent à ceux rapportés en

Argentine par D. GRINSPAN qui après un traitement de 15 millions d'unités donnés en trois séries, a obtenu dans deux cas une guérison au troisième et au cinquième mois, et dans le troisième cas un résultat favorable également avec 12 millions 500 mille unités.

Tout récemment enfin, CASABIANCA, BONNET et FLORENS ont insisté sur les bons résultats obtenus dans trois cas de Maladie de Kaposi qu'ils ont traités par la thérapeutique tissulaire : ils ont noté une transformation des tumeurs en macules pigmentées qui se sont éclaircies peu à peu. Nous trouvons très intéressants les résultats obtenus par les auteurs, mais les délais d'observation sont-ils suffisants pour parler de guérison définitive ?

CONCLUSIONS

1°) La Maladie de Kaposi dans la Race Noire est plus fréquente qu'en Europe puisque 5 % des tumeurs malignes examinées sont des tumeurs de Kaposi.

2°) La Maladie de Kaposi frappe l'indigène plus précocement que le Blanc : l'âge moyen de la maladie se situe entre 30 et 40 ans au lieu de 60 et 70.

3°) Les tumeurs développées, ont dans la Race Noire, une plus grande tendance a se pédiculiser, s'ulcérer, se surinfecter ; les adénopathies satellites sont plus importantes.

4°) Les localisations extra-cutanées de la maladie (primitives ou métastatiques) rares chez l'Européen sont fréquentes chez le Noir atteignant de préférence les ganglions, le squelette et le tube digestif.

5°) La Maladie de Kaposi dans la Race Noire ne se limite pas au seul continent Africain.

6°) Le traitement de la Maladie de Kaposi reste décevant mais la thérapeutique tissulaire autorise quelques espoirs.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen :
Pour le Doyen,
l'Assesseur, R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury :
BONNIN.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 16 juillet 1954.
Le Recteur : E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Bablet J. — A propos de la maladie de Kaposi. *Rev. Col. de Méd. et Chir.* 1946. T. 18. N° 137, pp. 50-54.

Benedek T. et Stillians A.-W. — Sarcome idiopathique multiple pigmenté. *Arch. of Derm a Syph.* 1937, T. 36, N° 3, pp. 227-229.

Bureau Y. — Maladie de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1953. T. 60. N° 2, pp. 390-391.

Cailliau F., Jaussion H., Calop R. — Maladie de Kaposi et sarcomatose éruptive. *Presse Médicale* 1948. T. 56. N° 19, pp. 240-241.

Camain R. — Sur un cas de maladie de Kaposi en Guyane Française. *Rev. Col. Méd. et Chir.* 1949. T. 21. N° 164, pp. 36-38.

Casabianca J., Bonnet J., Florens A. — 3 cas de maladie de Kaposi très améliorés par la thérapeutique tissulaire. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1953. T. 60. N° 2, pp. 307-308.

Casabianca J., Lagarde C., Lombard R. — A propos d'un cas de Sarcomatose de Kaposi. *Marseille Médical.* 1937. T. 24. N° 5, pp. 204-208.

Caubet P. — Les tumeurs aux Antilles au cours de l'année 1947. *Arch. Inst. Pasteur,* Martinique, 1948. T. 2. N° 4, pp. 31-33.

Cazal P. — La réticulose histo-monocytaire. 1 vol. Masson, Edit., Paris, 1946.

Chaboeuf M. — Notes sur le cancer chez les Indigènes du Sud-Cameroun. *Revue des Sc. Méd. Pharm. et Vétér. de l'Afr. Fr. Libre,* 1943, T. 2, N° 4, pp. 379-383.

Civatte A. — Tumeurs malignes de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. *In. Encycl. Méd. Chir. Dermat.* T. 2, pp. 12.106.2 12.106.4.

Clark A. — Sur 2 cas de sarcomatose de Kaposi rencontrés au Kenya. *East Afr. Méd. Journal,* 1948, T. 25, N° 4, pp. 123-129.

COLE H.N. et CRUMP E.S. — Sur 2 cas de sarcomatose de Kaposi. *Arch. of Derm. a Syph.* 1920, T. 1, N° 3, pp. 283-295.

DAVIES J. — A propos d'un cas de maladie de Kaposi observé en Ouganda. *East Afr. Méd. Journal*, 1948, T. 25, N° 3, pp. 117-120.

DORFELL A. — Etude étiologique de la maladie de Kaposi. *Arch. fur Derm.* 1929, T. 161, pp. 62-66. *Arch. of Derm. a Syph.*, 1939, T. 26, pp. 608-634.

DUPERRAT R.B. — Etude des angiomes tumeurs évolutives. Essai re classification. *Thèse*, Paris, 1938, N° 169.

DUPONT A. — Les tumeurs congénitales. *Encycl. Méd. Chir. Dermat.*, T. 2, pp. 12-110-7.

DUPONT A. — L'angio-réticulomatose cutanée (Sarcomatose multiple idiopathique pigmentaire de Kaposi. 1 vol. Duculot, Edit. Gembloux (Belg.), 1951.

DUPONT A., CHABOEUF M., VAN BREUSEGHEM. — L'angiomatose de Kaposi chez les Noirs. *Arch. Belg. de Derm. et Syph.* 1948, T. 4, N° 1, pp. 1-6.

FAURE M., JOSSERAND A. — Nouvelle pratique dermatologique. 4 vol. Masson, Edit., Paris, 1936.

FLOCH H. — Le cancer en Guyane Française. *Cahiers méd. de l'Union Française*, 1946, juil.-sept., T. 1.

FROHLICH H.J. — Etiologie et thérapeutique de la maladie de Kaposi. *Derm. Wach.* 1937, T. 24, N° 5, pp. 204-208.

GELFAND F. — La maladie de Kaposi en Ouganda. *The Sick African*, 1 vol. Stewart, Edit., Capetown, 1948.

GOLDSCHLAG F. — Un cas de sarcome de Kaposi à début anormal. *Derm. Wach.* 1935, T. 2, N° 100, pp. 204-208.

GOUGEROT H., BURNIER R. — Maladie de Kaposi uniquement palmaire. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.*, 1938, T. 45, N° 2, pp. 387-389.

GOUGEROT H., PATTE A., PETRAUD P. — Acrosarcomatose de Kaposi polymorphe et bulleuse. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1937, T. 44, N° 2, pp. 640-643.

GRACIANSKY (De) P., PARAF A. — Les hématodermies. 1 vol. Masson, Edit., Paris, 1948.

GRALL A., GEYER A. — Deux cas de maladie chez le Noir Africain. *Méd. Trop.*, Marseille 1945. T. 5, N° 3, pp. 207-218.

GRECO N.V., BIGATTI A., DE LEOW S.P., CAPURRO J. — Caractéristiques de la maladie de Kaposi. Relation de deux nouveaux cas. *Sem. des Hôp.* 1938, T. 45, N° 31, pp. 229-259.

GRINSPAN D. — Sarcomatosis de Kaposi. 1 vol. El Ateneo, Edit., Buenos-Ayres, 1950.

GROSPERRIN R., PELISSIER A. — Un cas d'angiosarcomatose de Kaposi chez un Noir. *Cahiers Méd. Union Franç.* 1947, T. 2, N° 8 pp. 215-218.

HADIDA E., MARILL F.G., TIMSIT E. — Angiosarcomatose de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1953, T. 60, N° 4, pp. 287-288.

HAMDI H., RESAT H. — Sur l'histologie de la sarcomatose de Kaposi. *Annales Ana. Path.* 1932, T. 9, pp. 593-595.

HENNESSEY J. — A ncte endothéliomations tumours encoundred in Uganda. *East Afr. Méd. Journal,* 1942, T. 29, N° 8, pp. 236-242.

HUDELO H., CAILLIAU F. — La sarcomatose idiopathique pigmentaire de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques. *Ann. Derm. et Syph.* 1931, T. 2, N° 7, pp. 417-445.

HUFNAGEL L., DUPONT A. — Sarcomatose idiopathique de Kaposi et leucémie lymphoïde. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1931, T. 38, N° 2, pp. 656-664.

JESSUP D.S.D. — Sarcome de Kaposi. *Ann. Journal Cancer,* 1937, T. 31, N° 4, pp. 556-563.

KAMINER H. et MURRAY R.H. — La maladie de Kaposi en Afrique du Sud. *South Afr. Journal of Méd.* 1950, T. 1, pp. 1-9.

KAPOSI M. — Sarcomatose cutanée idiopathique multiple pigmentaire. *Arch. für Dermat. und Syph.* 1872, N° 4, pp. 265-273.

KREN L. — Handbuch fur Haut and Geschlecht Krankleiten Springer. *Arch. für Dermat. und Syph.* 1933, N° 12, pp. 891-902.

LANE C.G. et GREENWOOD A.M. — Lymphoblastome avec sarcome hémorragique de Kaposi. *Arch. of Derm. a Syph.* 1933, T. 27, N° 4, pp. 643-657.

LOEWENTHAL L.J.A. — Sarcome hémorragique idiopathique multiple de Kaposi. *Arch. of Derm. a Syph.* 1938, T. 37, N° 6, pp. 972-974.

LORTAT-JACOB L., FERNET R., POUMEAU-DELILLE J. — Un cas de sarcomatose cutanée type Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1927, T. 34, N° 6, pp. 839-843.

Mac CARTHY W.D., PACK G.T. — Etude de 56 cas d'angiosarcomes et de sarcomes de Kaposi. *Surgery Gyn a obst.* 1950, N° 91, pp. 465-482.

MAC KEE G.M. et CIPOLLARO A.C. — X. Roy and radium in the treatment of diseases of the skin. Lea et Febiger, Philadelphie (1946).

MARGAROT J., RIMBAUD P., CAZAL P. — Le problème nosographique de la maladie de Kaposi. *Sem. Hôp.,* Paris 1948, T. 24, N° 1, pp. 6-9.

MARTINOTTI L. — Tumori. *Arch. Ital. di Derm. i Sifili,* 1912, T. 2, N° 13, pp. 662-758.

MONTPELLIER J., MONTPELLIER J.M. — Quelques mots sur le problème du Cancer en France d'Outre-Mer. *Cahiers Méd. Union Française,* 1946, T. 1, N° 11, pp. 243-249.

MONTPELLIER J., MONTPELLIER J.M. — Le cancer en France d'Outre-Mer. 1 vol. Ferarris, Edit. Alger, 1947.

MONTPELLIER J.M., MUSSINI-MONTPELLIER J. — Le cancer en Afrique du Nord Française. 1 vol. Ferraris, Edit., Alger, 1950.

MUSSINI-MONTPELLIER J. — L'angio-réticulo-endothélio-sarcomatose de Kaposi en Afrique du Nord. *Bull. Alger Carcinol,* 1950, N° 2, pp. 203-210.

NICOLAS J., MASSIA G., LEBOEUF F. — Un cas de maladie dite sarcomatose de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1930, T. 37, N° 2, pp. 523-526.

PAUTRIER L.M., DISS A. — Sur les lésions vasculo-nerveuses de la pseudosarcomatose de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1928, T. 35, N° 3, pp. 145-152.

PELISSIER A. — La maladie de Kaposi en Afrique Noire. A propos de de 18 cas. *Bull. Soc. Path. Exot.* 1953, T. 46, N° 5, pp. 832-839.

PUENTE J. — Sarcome de Kaposi. *Revista Argentina de derm y sifili,* 1936, T. 20, N° 3, pp. 563-570.

RAVAUT P., CACHERA R. — Un cas de sarcomatose cutanée type Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1931, T. 38, N° 4, pp. 1115-1117.

RIMBAUD P., GUIBERT H., CAZAL P. — Angiosarcomatose de Kaposi. Etude hématologique et histologique. *Bull. du Cancer,* 1943, N° 31, pp. 38-46.

ROLLIER R., PELBOIS P. — Amélioration de deux cas de sarcomatose de Kaposi par le Butynédioïdique. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1952, T. 59, N° 2, pp. 144-145.

RUTTNER H., NEUHAUSER I. — Sarcome de Kaposi. *Arch. of Derm. a Syph.* 1940, T. 42, N° 8, pp. 514-516.

SACHS W., GRAY M. — Sarcome de Kaposi et leucémie lymphoïde. *Arch. of Dermat. a Syph.* 1945, T. 51, N° 5, pp. 325-329.

SCHILDKRANT J.M. — Sarcome hémorragique multiple idiopathique de Kaposi. *Arch. of Dermat. a Syph.* 1937, T. 36, N° 1, pp. 176-177.

SMITH G.C., ELMES B. — Malignant diseases in natives of Nigeria. An analys of five hundred tumours. *Ann. Méd. a Parasit,* 1934, N° 4, pp. 461-470.

TOURAINE A. — Moutardes azotées dans un cas de maladie de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1948, T. 55, N° 3, pp. 224-225.

TOURENC R. — Le cancer en Guadeloupe. *Cahiers Méd. de l'Union Française,* 1946, T. 1, N° 5, pp. 335-357.

VIGNE P. — Un nouveau cas de sarcomatose de Kaposi. *Bull. Soc. Française Derm. et Syph.* 1930, T. 37, N° 1, pp. 445-451.

VIGNE P., PEDA T. — Sarcomatose idiopathique de Kaposi. *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syph.* 1932, T. 39, N° 1, pp. 90-93.

WITTEN W.H. — L'effet de la Pénicilline dans certaines dermatoses jusqu'ici incurables. *Journal Invest. Dermat.* 1951, T. 16, N° 3, pp. 193-200.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Plan	10
Introduction	11
Clinique	25
Diagnostic différentiel	31
Anatomie pathologique	33
Etiologie	41
Traitement	43
Conclusions	45
Bibliographie	47